

Prevenzione della ricaduta, motivazione al cambiamento, eventi vitali e sofferenza psichica nell'intervento alcologico

Mauro Cibir*, Ina Hinnenthal**, Emanuela Levarta*, Ester Manera***, Massimo Nardo*, Valeria Zavan*

Riassunto

Il presente lavoro vuole fornire una introduzione al modello di prevenzione della ricaduta originariamente elaborato da Marlatt e Gordon, nel tentativo di integrare la visione di questi autori con alcune evidenze biologiche e con l'approccio motivazionale.

Si ipotizza che la riduzione della farmacologia del craving e la disposizione al cambiamento siano tra i fattori di maggiore importanza nella prevenzione della ricaduta.

Infatti, il livello di craving e il benessere psicologico interferiscono con la capacità di fronteggiare efficacemente situazioni ad alto rischio di ricaduta. Viene discusso il ruolo centrale degli eventi vitali nel modulare craving, motivazione e sofferenza psicologica.

Parole chiave: Prevenzione della ricaduta, Motivazione, Craving, Eventi vitali, Sofferenza psicologica

Abstract

Relapse prevention, willingness to change, life events and psychopathology in alcoholism treatment

The article introduces the relapse prevention model that was originally presented by Marlatt & Gordon, and tries to integrate their model by introducing some new biological findings and the motivational approach.

It seems that a reduction in pharmacological craving and willingness to change are the most important factors in preventing relapses. In fact, the level of craving and psychological well-being influence the capacity to cope with high risks of relapse.

The crucial role of life events in modulating craving, motivation and mental distress and/or disorders is discussed.

Keywords: Relapse prevention, Motivation to change, Craving, Life events, Psychological distress

La ricaduta nell'uso di sostanze da parte di soggetti de-tossificati è un evento comune, al punto che può essere considerato una componente costante nella storia naturale dei Disturbi da Uso di Sostanze (DUS) e del loro trattamento.

La Organizzazione Mondiale della Sanità definisce la Dipendenza come "disturbo cronico e recidivante" sottolineandone la lunga durata ed il decorso caratterizzato da periodi di remissione totale o parziale e da periodi di riprese dei comportamenti tossicomani.

L'utente tende a riferire la ricaduta come "casuale" o determinata dalle pressioni sociali: "... mi sono trovato di fronte al solito bar...", "...ho incontrato un vecchio "amico" e non ho resistito". Se l'attribuzione di responsabilità al caso o ad altre persone può essere vista come un tentativo di attenuare i sensi di colpa e di impotenza, numerosi studi hanno dimostrato come la ricaduta abbia una sua storia,

non sia quasi mai un evento puntiforme, abbia dei correlati psicologici e biologici.

Obiettivo della presente revisione è illustrare le attuali concezioni in tema di prevenzione psicoeducazionale e farmacologica della ricaduta nel trattamento dell'Alcolismo, e la relazione di questi aspetti con l'Approccio Motivazionale.

La ricaduta: aspetti psicologici

Nel 1985 Marlatt & Gordon (1) pubblicarono un testo rimasto basilare nella comprensione dei processi psicologici sottendenti la ricaduta. Molti studi di Marlatt e Gordon sono stati replicati, ottenendo risultati sostanzialmente analoghi (2-3-4).

* Dipartimento per le Dipendenze Az. U.L.S.S. 13 – Dolo, Mirano. Via Arino, 4 30031 Dolo (VE). Tel. 041/5102307 Fax: 041/5102516 email:alcdolo@tin.it

** SerT, ASL I, Imperia.

*** "Programma Alcologia" - Ceis "Don Lorenzo Milani, Villa Soranzo, Mirano.

Questi Autori affermano che:

La ricaduta nella maggior parte dei casi non è un processo puntiforme. L'alcolista inattivo compie una serie di "atti apparentemente insignificanti" che progressivamente avvicinano all'alcol.

Gli stimoli ambientali hanno un importantissimo ruolo nell'innescare e mantenere questa condizione. Vi è tuttavia una forte variabilità individuale nella risposta agli stimoli (5). Anche situazioni di malessere psicologico possono innescare il processo di ricaduta (6- 7) come pure situazioni stressanti non correlate alle sostanze d'abuso (8).

Ove gli "atti apparentemente insignificanti" continuino, ad un certo punto l'alcolista si trova coinvolto in "Situazioni ad Alto Rischio", tra le quali sono più frequenti:

- stati emotivi negativi/positivi;
- sofferenza psichica
- conflitti interpersonali;
- pressioni sociali,
- "occasioni";
- uso altre sostanze,
- verifica autocontrollo,
- condizioni fisiche negative (9).

Se fallisce il processo di fronteggiamento delle "Situazioni ad Alto Rischio", l'utente assume la prima dose di alcol innescando l'"effetto di violazione dell'astinenza" ("effetto primo bicchiere"), cui conseguono sentimenti di fallimento e di incontrollabilità della situazione, e, quasi inesorabilmente la ricaduta completa. Può apparire stupefacente che le condizioni emotive e i conflitti interpersonali siano situazioni a rischio più frequenti che le occasioni, o le pressioni sociali. In realtà queste ultime sono spesso portate dai pazienti perché più facili da spiegare, rispetto a movimenti psichici di cui hanno talora poca dimestichezza, e quasi sempre grande pudore: il rafforzamento della capacità di gestire le situazioni emotive e i conflitti interpersonali devono far parte integrante di un processo di counseling rivolto a questi pazienti (10).

È interessante notare come spesso l'intero processo di ricaduta ripercorra nello stesso utente quasi sempre le stesse tappe, ed in particolare come lo stesso soggetto ricada quasi sempre nella stessa situazione ad alto rischio (per quanto le contingenze possano apparire assai diverse).

La ricaduta: aspetti biologici

Il processo descritto nel paragrafo "Ricaduta: Aspetti Psicologici" è parallelo al crescere progressivo o "a crisi" di un irresistibile desiderio di assumere alcol, detto anche "craving" (11).

Tale desiderio abitualmente aumenta mano a mano che la sostanza "si avvicina" (materialmente o come stimolo condizionato) ed "esplode" con l'effetto di violazione dell'astinenza. Secondo la Organizzazione Mondiale della Sanità (12) il craving è il desiderio intenso e incontrollabile di sperimentare gli effetti di una sostanza psicoattiva usata in passato. Un tempo ritenuto espressione della sindrome di astinenza, il craving compare per

lo più a seguito di uno stimolo evocante la sostanza, ma talora anche apparentemente "a ciel sereno"; tende ad attenuarsi col tempo, ma può ricomparire anche dopo anni di astinenza (Tabella 1).

Negli ultimi anni le conoscenze sulle origini neurobiologiche dell'appetizione all'alcol sono grandemente aumentate (13, 14, 15), anche grazie alla selezione di ceppi di ratti che bevono spontaneamente soluzione idroalcolica, e che trasmettono geneticamente tale caratteristica alla prole.

La validità di questo modello sperimentale è legata al fatto che le strutture neurali responsabili dell'appetizione alle sostanze psicoattive (ed in generale della gratificazione) sono filogeneticamente antiche, con collocazione mesencefalica, e dunque risentono poco della evoluzione delle strutture corticali umane. La origine "profonda" del craving ci conferma nella sensazione clinica di una sofferenza ai confini tra il pensiero ed il corpo, ingestibile con le parole ma piuttosto sensibile ad un accudimento corporeo e preverbale.

Il ripetersi dello stimolo "artificiale" fa sì che quest'ultimo prenda progressivamente il posto di quelli naturali: da qui la perdita di interesse per le normali attività della vita, il pensiero concentrato sull'alcol, la incapacità di conservare un sia pur precario equilibrio psichico in assenza della sostanza. Gli effetti della sostanza hanno preso il posto di funzioni mentali fondamentali: la gratificazione indotta dalla sostanza diviene parte del funzionamento mentale, modificandolo (16).

In presenza di un elevato craving gli interventi di prevenzione della ricaduta di tipo psicologico ed educativo tendono a perdere di efficacia. Spesso in questi casi è necessario ricorrere in primo luogo ad una adeguata farmacoterapia.

Il counseling di prevenzione della ricaduta

Obiettivo di questa tecnica è aumentare la capacità di fronteggiamento (Coping Skills) rispetto al processo di ricaduta, ed in particolare alle "Situazioni ad alto rischio" ed all'"Effetto di violazione dell'astinenza".

Si tratta di una tecnica di counseling: preliminarmente a questa applicazione particolare è necessario che l'operatore abbia dunque delle nozioni generali di counseling. Con quest'ultimo termine, intraducibile letteralmente, si intende "un percorso di accompagnamento basato sul rapporto fiduciario, riguardante tematiche legate al piano di realtà" (11). Il counseling non è dunque una psicoterapia, può essere fatto da qualunque operatore abbia acquisito una competenza in questo campo.

Il counseling di prevenzione della ricaduta può essere svolto anche in gruppo: non sembrano esservi differenze di efficacia rispetto al setting individuale (16) (Tabelle 2, 3).

In primo luogo è necessario acquisire informazioni sulle abitudini alcoliche e di vita del paziente; uno schema utile per ottenere queste informazioni può essere quello delle "aree vitali" (Uso di Sostanze, Condizioni fisiche, Condizioni psicologiche e psicopatologiche, Motivazione, Condizione sociale e relazionale).

Una volta acquisite queste informazioni si cercheranno di individuare assieme al paziente le “costanti” della ricaduta. Nella prima parte questo percorso prevede il sostegno al paziente rispetto alla ricaduta ed ai sentimenti negativi che la accompagnano, quindi la ricostruzione del “processo” che ha portato alla ricaduta, riconoscendone le varie tappe, gli eventi scatenanti, la dipendenza da stimoli ambientali, gli stati d’animo ed il livello di consapevolezza che le hanno caratterizzate. In seguito il counselor individua insieme al paziente le cause delle difficoltà e le modalità per fronteggiarle. Tali cause possono riguardare sia il processo di ricaduta in sé, e quindi prevedere tecniche di evitamento o fronteggiamento (una classica tecnica di fronteggiamento, è quella della telefonata all’amico sobrio), o ancora training per lo sviluppo delle capacità assertive e della autoefficacia. In altri casi è necessario affrontare situazioni emotive o interpersonali che il paziente non riesce a gestire, spesso originatesi all’interno della famiglia, o ancora situazioni di scarsa motivazione o “apparente motivazione” e modalità efficaci per fronteggiarle. Queste ultime possono essere le più varie: dall’ evitamento, alla richiesta di aiuto esterno, alla decisione di intraprendere una farmacoterapia di supporto...

È importante chiarire subito che la ricaduta “fa parte” della malattia alcolica e che essa non deve minare il rapporto fiduciario tra operatore ed utente. Quest’ultimo va inoltre rassicurato sulla disponibilità all’aiuto anche in caso di ricaduta.

Spesso le difficoltà di fronteggiamento non sono risolubili con la acquisizione di tecniche, ma sono sottese da difficoltà personali del paziente. In questo caso è necessario ricorrere a interventi mirati. Tra le difficoltà più frequenti sono problemi nella motivazione e sofferenza psicologica espressa sia come veri e propri disturbi mentali o come situazioni “sottosoglia” (Tabella 4).

Nella pratica clinica si può andare da situazioni in cui è possibile individuare situazioni “trigger”, il cui fronteggiamento stabilizza la situazione, a quadri complicati, in cui le varie componenti elencate nella tabella nove si intersecano in nodi apparentemente inestricabili. In queste situazioni può essere utile programmare interventi in setting “protetti”, quali strutture intermedie, centri diurni, o in condizioni di ricovero ospedaliero o di residenzialità in Comunità Terapeutica (18, 19, 20).

Farmaci efficaci nella prevenzione della ricaduta

Questi farmaci basano il loro effetto su due tipi di azioni:

- diminuire od eliminare l’effetto gratificante dell’alcol, diminuendo la reattività allo stimolo e l’effetto di violazione dell’astinenza;

- “mimare” parzialmente l’effetto gratificante dell’alcol, in maniera controllata e stabile nel tempo (Tabella 5).

- Acamprosato: Dimostrata efficacia nella prevenzione della ricaduta in soggetti detossificati. Blanda azione antiastinenziale. Meccanismo di azione non chiaro (31-32). Non in commercio in Italia.

- Numerosi studi sono stati condotti sull’effetto di prevenzione della ricaduta degli Inibitori Selettivi della Ricap-

tazione della Serotonina (S.S.R.I.). Non vi sono attualmente evidenze convincenti e concordanti di efficacia nella prevenzione della ricaduta (33, 34).

- Vanno segnalati come farmaci promettenti in questo campo: nalmefene, ondansetron e baclofen. Tuttavia ulteriori studi sono necessari per definire il loro ruolo nella pratica clinica (35, 36, 37).

Ricaduta e Teoria della Motivazione

Il processo di prevenzione della ricaduta si salda fortemente da un lato alla motivazione, dall’altro alla stato psichico dell’utente (vedi anche <http://digilander.iol.it/cncitalia>).

Infatti, secondo la Teoria della Motivazione (36, 37) l’attitudine al cambiamento non è data una volta per tutte, ma richiede ripetuti e numerosi passaggi attraverso fasi di “non cambiamento” o di “ambivalenza”, che si ripetono prima di ogni nuova “azione”. Anche in una situazione quale la prevenzione della ricaduta, che abitualmente si colloca in una fase relativamente avanzata del trattamento, in cui il paziente ha già intrapreso svariate “azioni”, dapprima di “riduzione del danno”, quindi di presa di coscienza del problema con le sostanze, poi di disintossicazione o di stabilizzazione farmacologica, è necessario non trascurare la attitudine di “azione” rispetto al problema specifico. Può infatti accadere che il paziente non sia cosciente di comportamenti a rischio (precontemplazione), oppure che pur essendo cosciente di questi problemi, non intenda in questo momento cambiarli (contemplazione). Ancora, il paziente può avere una percezione della propria capacità di affrontare tali situazioni (autoefficacia) irrealisticamente alta, o al contrario così bassa da essere “sconfitto” in partenza. In tutti questi casi, gli elementi di prevenzione della ricaduta vanno proposti in una veste “motivazionale” (38-39).

Il colloquio di motivazione è considerato oggi una delle abilità irrinunciabili per chi si occupa di problemi con le sostanze: proporre un programma al di fuori della “finestra” della determinazione/azione significa andare incontro ad un sicuro fallimento. Allontanare il paziente che non si trovi in tale fase, significa “ non esserci” quando la finestra si aprirà. Il counseling motivazionale aiuta il paziente a trovare le proprie motivazioni, secondo i suoi tempi e le sue attitudini, mantenendo comunque un “contatto” che comunque, in quanto relazione umana, è pur sempre “terapeutico” in senso lato.

Per intraprendere interventi di prevenzione della ricaduta è necessario dunque procedere in primo luogo ad una diagnosi motivazionale, valutando cosa il paziente è effettivamente disposto a fare ai fini di evitare la ricaduta.

Vi sono interventi ad “alto” peso motivazionale, quali il counseling di prevenzione della ricaduta secondo Marlatt e Gordon, ed interventi meno impegnativi, come quelli farmacologici: non vi sono tuttavia interventi a “motivazione zero”. Nella Tabella 6 sono enunciati i “compiti” del colloquio di motivazione.

Ricaduta, eventi vitali e sofferenza mentale

Condizioni di sofferenza psichica, sia diagnosticabili come Disturbi Mentali in senso stretto, sia che si configurino come sintomi "sottosoglia" o come confuse sensazioni di disagio emotivo, costituiscono importanti fattori di ricaduta e di abbandono del trattamento. Per questo si ritiene sempre più importante, accanto alla diagnosi "categoriale" proposta dai principali sistemi classificativi (DSM, ICD) portare attenzione alla valutazione "dimensionale".

Queste condizioni possono essere espressione dell'effetto della sostanza stessa (Disturbi correlati all'uso di sostanze secondo il DSM IV), o essere espressione della sofferenza connessa allo stile di vita e di pensiero assunto dal Dipendente, o ancora essere espressione di Disturbi Mentali autonomi, coesistenti al Disturbo da Uso di Sostanze, anche nella forma di Trattati o Disturbi di Personalità (40, 41, 42).

Sempre maggiore attenzione viene posta al ruolo di eventi traumatici, di lutti e altre di situazioni vitali negative (licenziamento, pensionamento, divorzio, malattie...) come fattori da valutare attentamente per il loro potenziale ruolo nella patogenesi e nel mantenimento dell'alcolismo (43,44). Questi fattori sarebbero particolarmente importanti quando si collocano in una relazione temporale definibile con l'inizio del bere a rischio, e dove l'alcolismo, o il bere a rischio abbiano una storia clinica relativamente breve (in genere inferiore ai cinque anni), in particolare in soggetti geneticamente predisposti o con una "fragilità" psicologica preesistente (es. storia di difficoltà scolastiche o relazionali) (45).

Ove infatti l'evento si collochi troppo lontano nel tempo, l'uso di alcol tende sempre più a configurarsi come un comportamento automatico, automantenentesi: situazione in cui è impossibile stabilire ipotesi di causalità. In altri termini, in utenti con storia lunga tali eventi vanno considerati con cautela, in quanto possono essere sia causa di modificazioni nelle abitudini alcoliche, sia conseguenze del bere stesso; talvolta si configurano come "teorie giustificative" che l'utente stesso elabora a posteriori, nel tentativo di "difendere" un comportamento sentito come poco accettabile personalmente e socialmente.

Nei casi in cui l'"evento" abbia le caratteristiche temporali enunciate è possibile ipotizzare che l'uso di alcol sia insorto come autocura della sofferenza mentale ad esso conseguente. In questi casi è necessario considerare attentamente il rapporto, spesso circolare, tra sofferenza psichica ed uso di alcol, ed intervenire su entrambi i fattori. Una situazione tipica che illustra tale "circolarità" è il Disturbo dell'Adattamento (Tabella 7). La "autocura" funziona per qualche tempo: il soggetto aumenta le dosi e ricorre sempre più frequentemente all'alcol. Quando viene superato un certo grado di intossicazione, la situazione tende ad invertirsi: ricompaiono i sintomi, il paziente tende sempre di più al ritiro, si isola, beve da solo, fino a configurarsi una vera condizione di alcoldipendenza. Disintossicarlo senza prevedere contemporaneamente un adeguato intervento sul disturbo dell'adattamento è praticamente inutile. La ricomparsa dei sintomi iniziali porta rapidamente alla ricaduta.

Conclusioni

La prevenzione della ricaduta, tecnica di counseling proposta da Marlatt & Gordon nel 1985, è ritenuta tutt'oggi sostanzialmente valida. È tuttavia necessario tenere conto di alcune integrazioni e modificazione conseguenti alle maggiori conoscenze psicologiche, psicopatologiche e biologiche sull'argomento, in particolare:

- La possibilità di intervenire farmacologicamente sul craving e sulla ricaduta;
- La opportunità di integrare la prevenzione della ricaduta con interventi motivazionali;
- La necessità di tenere in considerazione la presenza di Disturbi Mentali associati, o comunque di sofferenza psichica, anche se "sottosoglia" rispetto alle codifiche ufficiali;
- La considerazione di eventi traumatici, lutti e altre situazioni vitali negative come fattori di ricaduta.

Ulteriori studi sono necessari per definire con maggior precisione il ruolo delle variabili psicologiche, psicopatologiche, e biologiche in una prospettiva integrata di prevenzione della ricaduta.

Bibliografia

- 1) Marlatt G.A., Gordon J.R., Relapse prevention. Guilford, New York, 1985.
- 2) Connors G.J., Maisto S.A., Donovan D.M., Conceptualizations of relapse: a summary of psychological and psychobiological models. *Addiction*, 91 (suppl.), 5-13, 1996.
- 3) Larimer M.E., Palmer R.S., Marlatt G.A., Relapse prevention. An overview of Marlatt's cognitive-behavioral model. *Alcohol Res Health* 23, 2, 151-60, 1999.
- 4) Cibin M., Manzato E., Zavan V., Prevenzione della ricaduta: un approccio psicobiologico. Atti della Riunione Monotematica "Alcol e Comorbilità Psichiatrica", Zevio, Dicembre 2000.
- 5) Zavan V., Cibin M., Alcolismo e disturbi mentali in "Alcol e Medico di Famiglia" a cura di O. Brignoli, Cibin M., Gentile N., Vantini I., Centro Scientifici Editore, 1998.
- 6) Movalli M.G., Madeddu F., Fossati A., Maffei C., Personalità Disorders; prevalence in Alcoholism and influence on drop-out from treatment. *Alcolologia*, 7, 1, 1996.
- 7) Litt M.D., Cooney N.L., Morse P., Reactivity to alcohol-related stimuli in the laboratory and in the field: predictors of craving in treated alcoholics. *Addiction* 95, 6, 889-900, 2000.
- 8) Brady K.T., Sonne S.C., The role of stress in alcohol use, alcoholism treatment, and relapse. *Alcohol Res Health* 23, 4, 263-71, 1999.
- 9) Marlatt G.A., Taxonomy of high-risk situations for alcohol relapse: evolution and development of a cognitive-behavioral model. *Addiction* 91 Suppl:S37-49, 1996.
- 10) Cibin M., Ravera R., Nardo M., Manzato E., Zavan V., Prevenzione della ricaduta: Aspetti Biologici e Psicoeducazionali" in "L'Alcolologia nell'Ambulatorio del Medico di Medicina Generale." Ministero della Sanità - Regione del Veneto, 2001, pp.239-49
- 11) Cibin M., Hinenthal I., Zavan V., PREVENZIONE DELLA RICADUTA, MOTIVAZIONE E SOFFERENZA PSICHICA. Atti del XVII Congresso Nazionale Società Italiana di Alcolologia. ROMA, 24-26 Ottobre 2001
- 12) WHO Expert Committee on Mental Health and Alcohol. The craving for Alcohol. *Q J Stud Alcohol* 16, 53-66, 1955.

- 13) Cibir M. Craving: physiopathology and clinical aspects. *Alcolologia* 1993; 5: 257-60.
- 14) Blum K, Payne JE. Alcohol and the addictive brain. New hope for alcoholics from biogenetic research. Ed italiana a cura di M. Ceccanti, Ed Mediserve, 1994.
- 15) Robinson T.E., Berridge K.C., The neural basis of drug craving. An incentive-sensitization theory of addiction. *Brain Res Rev* 18, 247-91, 1993.
- 16) Guelfi G.P., Orlandini D., Cibir M, Sofferenza Psicologica ed "Addictive Personality", in Libro Italiano di Alcolologia, S.E.E. Editore, Firenze, 2000.
- 17) Graham K; Annis HM; Brett PJ; Venesoen P., A controlled field trial of group versus individual cognitive-behavioural training for relapse prevention. *Addiction* 91, 8, 1127-39, 1996.
- 18) Segantin C., Muffato I., Zavan V., Cibir M., Un programma diurno per alcolodipendenti con problematiche complesse, in M.Cibir, D. Orlandini, L. Rampazzo (a cura di), "Alcolologia, Prevenzione, Progettualità Regionale", Regione Veneto, Assessorato alle Politiche Sociali, Padova, 2000, pp. 239-250.
- 19) Segantin C., Sartori P., Il Servizio Sociale e le Strutture intermedie in Alcolologia, in "L' alcolologia nell'ambulatorio del Medico di Medicina Generale" a cura di Mauro Cibir, Marco Mazzi, Lorenzo Rampazzo, Giovanni Serpelloni. Regione del Veneto, Venezia, 2000, pp. 279-89.
- 20) Cibir M., Marin G., Pedroni F., Bozzola P., Guelfi G.P. I programmi residenziali nel trattamento integrato dell' alcolismo. in "L' alcolologia nell'ambulatorio del Medico di Medicina Generale" a cura di Mauro Cibir, Marco Mazzi, Lorenzo Rampazzo, Giovanni Serpelloni. Regione del Veneto, Venezia, 2000, pp. 279-89.
- 21) Hughes J.C., Cook C.C.H., The efficacy of disulfiram: a review of outcome studies., *Addiction*, 1997, 92, 4: 381-96
- 22) Cibir M., Disulfiram: nuove strategie per un "vecchio" farmaco. *Medicina delle Tossicodipendenze*, 7, 22-23, 57-60, 1999.
- 23) Addolorato G., Cibir M., Capristo E., Beghè F., Gessa G.L., Stefanini G.F., Gasbarrini G., Maintaining abstinence from alcohol by gamma-hydroxybutyric acid. *Lancet*, 1998, 351-38
- 24) Palatini P, Ferrara SD, Pharmacokinetics of gamma-hydroxybutyric acid, *Alcolologia*, 1996, 8, 3: 185-191.
- 25) Addolorato G, Caputo F, Capristo E, Stefanini G.F., Gasbarrini G, A case of gamma-hydroxybutyric acid withdrawal syndrome during alcohol addiction treatment: utility of diazepam administration. *Clin Neuropharmacol*, 1999, 22:60-62
- 26) Volpicelli J.R., Alterman A.L., Hayashida M., O'Brien CP, Naltrexone in the treatment of alcohol dependence. *Arch Gen Psychiatry* 1992, 49, 11:876-80.
- 27) Chick J., Anton R., Chęcinski K., Croop R., et al., A multicentre, randomized, double-blind, placebo-controlled trial of naltrexone in the treatment of alcohol dependence or abuse. *Alcohol Alcohol* 35, 6, 587-93, 2000.
- 28) Cibir M., Il Naltrexone nella clinica dell' Alcolismo: una revisione della letteratura. *Medicina delle Tossicodipendenze*, 8, 29, 41-4, 2001.
- 29) Soyka M. (ed)., *Acamprosate in relapse prevention of alcoholism*, Springer, Berlin, 1996.
- 30) Poldrugo F., Acamprosate treatment in a long-term community based alcohol rehabilitation programme. *Addiction* 92, 11:1537-1546, 1997.
- 31) M. Cibir, V.Zavan, *Aspetti farmacoterapici del trattamento integrato dell'Alcolismo*. *ADD*, 1, 2, 2000.
- 32) Pettinati H.M., Volpicelli J.R., Luck G., et alii., Double Blind Clinical trial of Sertraline treatment for Alcohol Dependence. *J Clin Psychopharmacology*, 21, 2, 143-53, 2001.
- 33) Mason B.J., Salvato F.R., Williams L.D., A double-blind, placebo-controlled study of oral nalmefene for alcohol dependence. *Arch Gen Psychiatry* 56, 8, 719-24, 1999.
- 34) Johnson B.A., Roache J.D., Javors M.A., et al, Ondansetron for reduction of drinking among biologically predisposed alcoholic patients: A randomized controlled trial. *JAMA* 284, 8, 963-71, 2000
- 35) Addolorato G., Caputo F., Capristo E., Colombo G., Gessa G.L., Gasbarrini G., Ability of baclofen in reducing alcohol craving and intake: II—Preliminary clinical evidence. *Alcohol Clin Exp Res* 24, 1, 67-71, 2000.
- 36) Miller W.R., Rollnik S., *Il Colloquio di Motivazione*, Erickson, Trento, 1994.
- 37) Spiller V., Scaglia M., Guelfi G.P. Il Colloquio Motivazionale, in "Alcol e Medico di Famiglia", a cura di O. Brignoli, M. Cibir, N. Gentile, I. Vantini, C.S.E., Torino, 1998, 59-69.
- 38) Mauro Cibir, Nicola Gentile, Gruppi "anonimi" e motivazione, *Il Vaso di Pandora*, Vol. II, No 4, 1994.
- 39) Baer J.S., Kivlahan D.R., Donovan D.M., Integrating skills training and motivational therapies, Implications for the treatment of substance dependence. *J Subst Abuse Treat*, 17, 1-2, 15-23, 1999.
- 40) Zavan V., *Alcol e Disturbo Mentale*, *Medicina delle Tossicodipendenze*, 8, 29, 49-52, 2001.
- 41) Mueser K:T., Drake R.E., Miles K.M. The course and treatment of Substance use disorder in Persone with Severe Mental Illness. In "NIDA Monograph 172: Treatment of Drug-Dependent Individuals with Comorbid mental Disorder," 86-109, 1997.
- 42) Movalli M.G., Madeddu F., Fossati A., Maffei C., Personality Disorders (DSM-III-R, DSM IV): prevalence in Alcoholics and influence on drop-out from treatment. *Alcolologia*, 8, 1, 47-52, 1996.
- 43) Canton G., Giannini L., Magni A., Bertinaria A., Cibir M. et al. Locus of control, life events and treatment outcome in alcohol dependent patients. *Acta Psychiatr Scand*, 78, 18-23, 1988.
- 44) McQuaid J.R., Brown S.A., Aarons G.A., Smith T.L., Patterson T.L., Schuckitt M.A. Correlates of life stress in an alcohol treatment sample. *Addict Behav*. 25, 1, 131-7, 2000.
- 45) Hammen C., Henry R., Daley S.E., Depression and sensibilization to stressors among young women as a function of childhood adversity. *J Consult Clin Psychology*, 68, 5, 782-7, 2000.

Tabella 1. Quadro clinico del craving.

- desiderio irresistibile per le sostanze;
- sintomatologia somatica neurovegetativa (tremori, sudorazione, tachicardia, cefalea, disturbi visivi);
- ideazione polarizzata;
- ansia, insonnia, irritazione, aggressività, depressione, disforia;
- ipersensibilità agli stimoli associabili all' alcol;
- tendenza a collocarsi in posizione passiva e non collaborante
- ritorno a luoghi, situazioni, stili di vita e pensieri propri della fase attiva.

Tabella 2. Elementi costitutivi del counseling.

ESPRIMERE EMPATIA: Atmosfera di sostegno, centrata sull'utente; non giudizio ma comprensione. Il primo obiettivo è continuare il rapporto.
 ASCOLTO RIFLESSIVO.
 EVITARE DISPUTE E DISCUSSIONI.
 AGGIRARE ED UTILIZZARE LE RESISTENZE.
 SOSTENERE L'AUTOEFFICACIA: stimolare affermazioni riguardanti il riconoscimento del problema, le preoccupazioni ad esso legate, la fiducia nelle proprie possibilità di affrontarlo.
 PROGRAMMARE AZIONI: che nascano realmente dalla interazione col paziente, e che appaiano realistiche nella situazione data.

Tabella 3. Il counseling di prevenzione della ricaduta.

ESAMINARE:
 • "Situazioni ad alto rischio" e processi che portano a queste.
 • Reattività agli stimoli.
 • Processi di fronteggiamento e loro limiti.
 • Problemi che ostacolano il fronteggiamento.
 ELABORARE:
 • Nuove modalità di fronteggiamento.

Tabella 4. Difficoltà nel fronteggiamento.

MOTIVAZIONE:
 L'utente non è in "azione" rispetto allo specifico problema.
 CRAVING:
 L'utente prova un desiderio crescente ed incontrollabile per la sostanza.
 SOFFERENZA PSICOLOGICA
 L'utente prova ansia, sentimenti di autosvalutazione, ansia.
 Difficoltà a gestire le emozioni, legati o meno a situazioni stressanti o eventi di perdita. Non si configura tuttavia un Disturbo Mentale in senso stretto.
 DISTURBO MENTALE di Asse I
 DISTURBO DI PERSONALITÀ (Asse II)
 DIFFICOLTÀ INTERPERSONALI IN FAMIGLIA
 DIFFICOLTÀ INTERPERSONALI NELL'AMBIENTE SOCIALE

Tabella 5. Farmaci per la prevenzione della ricaduta nella dipendenza da alcol.

Farmaco	Caratteristiche	Indicazioni	Osservazioni
Disulfiram (21-22)	Inibisce l'aldeide deidrogenasi causando una spiacevole reazione ("reazione da acetaldeide") alla assunzione di piccole dosi di etanolo.	Indicato in soggetti motivati e consapevoli che intendano supportare farmacologicamente il proprio desiderio di non bere.	Rilevanti effetti collaterali e controindicazioni. Non effetti psicoattivi. Non abuso e dipendenza. Dose: 200 mg/die.
Gamma idrossibutirrato di Sodio (GHB) (23-24-25)	"Alcolmimetico", stimola in maniera controllata il sistema a ricompensa.	Farmaco "di aggancio" nella fase iniziale e per utenti poco motivati. Efficace antiastinenziale. Breve durata d'azione.	Fenomeni di abuso acuto e dipendenza. Da usare sotto stretto controllo. Controindicato in soggetti con altri DUS attuali o pregressi, disturbi di personalità, disturbi del controllo dell'impulso. Dose: Da 50 a 100 mg/kg/die.
Naltrexone (26-27-28)	Antagonista oppioide, diminuisce l'attivazione del "sistema a ricompensa" causata da stimoli condizionati e dalla assunzione di etanolo.	Farmaco "di mantenimento" in soggetti astinenti o con scarso consumo alcolico.	Scarsa tossicità: non effetti psicoattivi; non abuso o dipendenza. Rilevanti effetti indesiderati. Controindicazioni: Insuff. Epatica, Gravidanza, Assunzione di farmaci o droghe contenenti oppiacei.

Tabella 6. “Compiti” motivazionali.

<i>Precontemplazione:</i>	Mantenere il contatto “Ridurre il danno”
<i>Contemplazione:</i>	Aumentare consapevolezza e dubbi Esaminare i pro e i contro
<i>Ambivalenza:</i>	Comprendere l’ambivalenza Amplificare le contraddizioni. “Bilancia decisionale”
<i>Determinazione/Azione:</i>	Aiutare a determinare le scelte Fornire opportunità praticabili Sostenere i cambiamenti.
<i>Mantenimento:</i>	Prevenire le ricadute
<i>Ricaduta:</i>	Mantenere il contatto Facilitare il rientro in fase di Determinazione/Azione.
AUTOEFFICACIA:	Aiutare a collocarla ad un livello “medio”

Tabella 7. Disturbo dell’adattamento

- A. Sviluppo di sintomi emozionali e comportamentali in risposta ad uno o più fattori stressanti che si manifestano entro tre mesi dall’inizio del/dei fattori stressanti.
- B. Questi sintomi o comportamenti sono clinicamente significativi come evidenziato da: grave disagio, che va al di là di quanto prevedibile in base all’esposizione al fattore stressante.
Compromissione significativa del funzionamento sociale o lavorativo.
- C. L’anomalia correlata allo stress non soddisfa i criteri per un altro disturbo di Asse I, e non presenta solo un aggravamento di un preesistente disturbo.
- D. I sintomi non corrispondono ad un lutto non complicato.
- E. Una volta che il fattore stressante (o le sue conseguenze) sono superati i sintomi non persistono per più di sei mesi,

Si evidenziano i seguenti sottotipi: con Umore Depresso, con Ansia, con Ansia ed Umore Depresso, con Alterazioni della Condotta, con Alterazioni Miste della Emotività o della Condotta, Non Specificato.